6

Besson

seront épaissies, analogues à celle de l'hématocèle vaginale ancienne. Il faudra dans ce cas, faire soit la décortication de la néomembrane, soit l'excision d'une grande partie de la tunique fibreuse.

Enfin, lorsque l'hématome coexiste avec une hydrocèle ancienne, on en profitera pour faire la cure de l'hydrocèle, en réséquant la vaginale épaissie et altérée et suivant les cas en suturant plan par plan, la séreuse, la tunique fibreuse et la peau.

Dans des cas rares, l'indication d'une castration pourra se poser. On n'hésitera pas au besoin à pratiquer cette intervention, s'il s'agit d'un sujet âgé, chez qui l'on redoute les complications infectieuses, qu'on a vu survenir à la suite d'ouverture de larges poches sanguines.

Nous avons voulu donner dans le présent travail un aperçu anatomique et clinique, qui permît de bien comprendre et de reconnaitre une affection, dont la fréquence est assez grande, puisque dans un même service nous avons pu en observer plusieurs cas. Elle nous a paru présenter un réel intérêt au point de vue de la pathogénie, du diagnostic et du traitement, et ce sont ces points que nous avons cherché à mettre en relief.

NOTE CLINIQUE

Tumeur du mésentère à dégénérescence pseudo-kystique avec parois sarcomateuses. — Laparotomie. — Extirpation. — Guérison, par M. A. Besson, interne des hôpitaux (1).

Il s'agit d'un homme de 27 ans, Th..., Georges, maçon, entré le 24 septembre 1898, salle St-Pierre, N° 20, dans le service de M. le professeur Duret.

Les antécédents héréditaires sont excellents.

(1) Communication à la Société anatomo-clinique de Lille.

Dans les antécédents personnels, on relève, pendant son service militaire aux zouaves, en Afrique, des accès de fièvre intermittente survenant généralement à deux jours d'intervalle; ils durèrent trois mois : septembre, octobre et novembre 1892. Ils n'ont plus reparu depuis. A trois enfants en bonne santé. — Il y a 9 ans. une orchite à la suite d'une blennorrhagie. — Le malade présente enfin du côté gauche, un varicocèle ; il entre d'ailleurs à l'hôpital pour des douleurs scrotales et funiculaires. C'est alors que l'examen fait découvrir une tumeur abdominale dont le sujet ne s'était jamais aperçu.

Pas d'amaigrissement, pas de perte d'appétit ; pas d'hématuries, pas de changement quelconque dans ses urines. — Etat général excellent.

Examen le 5 octobre. — A l'œil, à peine une légère saillie du flanc gauche, dans la moitié gauche de l'abdomen, à la partie moyenne, à gauche de la saillie du muscle droit. La tumeur est ovoïde, sphéroïdale, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne sous-ombilicale ; elle est mobile en dedans, dure ; on l'amène derrière les muscles droits et la ligne médiane.

Hauteur verticale..... 14 centimètres
Diamètre transverse.. 12 centimètres

On peut la faire remonter en haut, mais beaucoup moins facilement. On a de la difficulté à la déplacer en dehors.

Cette tumeur est allongée, parfaitement ovoïde, arrondie en haut, en bas, et présentant deux pôles : un pôle supérieur et un pôle inférieur. En explorant la région rénale du même côté, on n'arrive pas nettement à sentir le rein. La forme et l'aspect font d'abord penser à un rein déplacé et atteint de quelque affection néoplasique. Le diagnostic penche pour une tumeur sarcomateuse du rein, mais sans être cependant très affirmatif.

11 octobre. — M. le professeur Duret pratique la laparotomie. Après ouverture du ventre, la tumeur apparaît: du volume d'un peu moins des deux poings, enclavée dans le mésentère. Celui-ci est ouvert largement, suivant le grand axe de la tumeur ; celle-ci présente une sensation de fluctuation, une ponction est faite avec le trocart Potain qui ramène quelques centimètres cubes d'un liquide épais et noirâtre, couleur sépia. On cherche alors à dégager la tumeur en suivant des plans de clivage favorables, mais l'on n'y parvient pas, la tumeur étant très fixe et très

difficilement mobilisable. Le chirurgien se décide alors à pratiquer une hémi-section dans le grand axe de la tumeur ; il s'écoule encore une bouillie noirâtre. La tumeur est alors assez facilement enlevé après ligature : d'un mince pédicule contenant une artère mésentérique et de plusieurs adhérences vasculaires. On voit alors qu'elle étaii couchée à gauche de la colonne lombaire, sur le psoas, appliquée en haut contre l'aorte et plus bas sur l'artère iliaque interne que l'on voit très nettement.

Lavage, suture du mésentère ; on place un drain dans la poche mésentérique, et de la gaze iodoformée tout autour. Fermeture à trois plans de la paroi.

Suites opératoires. — Dans la journée, le malade est agité. Ventre un peu douloureux ; quelques nausées. Le soir, on pratique le cathéterisme de la vessie. Une piqûre de morphine.

12 octobre. — Toujours un peu d'agitation. On retire la moitié de la gaze iodoformée. Quelques douleurs abdominales. Le pansement est fait tous les matins. La parésie vésicale persistant, le cathetérisme est pratiqué matin et soir (morphine le soir).

13 octobre. — Le reste de la gaze est retiré. Un peu de sérosité trouble s'écoule autour du drain. Le malade est toujours sondé (lait et bouillon).

14 octobre. — Le malade a uriné seul. L'état est absolument satisfaisant.

15-16 octobre. — Le cathéterisme doit de nouveau être pratiqué matin et soir. Le drain est enlevé le 15.

17 octobre. — Le malade urine seul.

19 octobre. — On enlève les fils. Le régime commun sera repris progressivement.

20 octobre. — Un peu de désunion de la suture cutanée. L'état est excellent en tous points. Pansement au salicylate de bismuth.

26 octobre. — A signaler une constipation assez fréquente ; on donne de temps à autre au malade de légers purgatifs.

29 octobre. — Le malade commence à se lever.

Il sort complètement guéri le 15 sovembre 1898.

Tumeur. — Le poids était de 450 grammes. Elle consistait en une poche à parois très épaissies renfermant une bouillie chocolat. M. le professeur Augier a bien voulu nous remettre les notes suivantes concernant l'examen histologique :

Les coupes pratiquées sur toute l'épaisseur de la paroi montrent

que cette paroi est formée par du tissu conjonctif à divers degrés de développement, mais presque partout d'apparence sarcomateuse ou myxomateuse. On trouve des faisceaux de fibres-cellules disposés en forme de tourbillons. En quelques points, il y a tendance à la formation de tissu conjonctif adulte (substance fibrillaire entre les cellules). Les vaisseaux sont,dans quelques parties de la coupe, très nombreux, très rapprochés, très dilatés. Il y a en ce point de la tumeur un aspect caverneux. Il y a même dans ces parties des ruptures de vaisseaux ainsi que des tromboses dans l'intérieur de leur cavité. Dans les autres parties, la vascularisation rappelle celle des sarcomes ordinaires, c'est-à-dire que des vaisseaux capillaires sillonnent la coupe et que les parois de ces vaisseaux font corps avec le tissu ambiant. Dans quelqnes points, très peu nombreux, on reconnait des vésicules adipeuses déformées, irrégulièrement arrondies, à contenu hyalin, transparent, présentant un précipité granuleux dans leur intérieur. On ne trouve nulle part ni tubercules, ni formation les rappelant, ni gommes, ni formations glandulaires ou épithéliales. — La structure est celle d'un sarcome.

Cette observation est remarquable par sa grande rareté. Les auteurs et les traités classiques sont à peu près muets sur ce chapitre, les cas de tumeurs malignes du mésentère étant trop restreints pour constituer encore un chapitre spécial bien déterminé. Notre observation ne peut donc que s'associer aux précédentes pour servir à des études postérieures.

Nous insisterons seulement sur deux points :

1° L'existence *d'un varicocèle* du même côté ; le varicocèle symptômatique des tumeurs du rein par compression des vaisseaux spermatiques est bien connu et est un bon signe clinique. Il existait dans notre cas et peut exister aussi dans les tumeurs du mésentère, par le même mécanisme.

2° Le résultat remarquable de l'opération. L'opéré est sorti parfaitement guéri au bout de quatre semaines, sans avoir présenté, dans les suites opératoire, le moindre incident sérieux.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 14 décembre 1898. — Présidence de M. Duret, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend : *La Legislacion del Seguro de Vida ante la Medicina Forense,* par le Dr Antonio de Gordon y de Acosta.

1° **Sarcome alvéolaire primitif de la peau,** par M. Lucas, externe des hôpitaux *(sera publiée).*

M. Duret. — Les sarcomes pigmentaires de la peau ont surtout une nature très maligne. J'ai publié, il y a une vingtaine d'années, un cas de sarcome gros comme le poing, formé au niveau d'un nœvus préexistant, dont une portion de la tâche pigmentaire persistait encore. On pouvait très bien suivre sur les coupes, la transformation de la tâche pigmentaire en sarcome.

M. Lucas. — Je n'ai pas envisagé les sarcomes pigmentaires.

M. Duret. — Les sarcomes non pigmentaires sont quelquefois très malins, s'ils dépassent le tissu élastique.

2° **Taille hypogastrique pour calcul vésical. — Suture primitive. — Guérison,** par M. Lucas, externe des hôpitaux *(sera publiée).*

3° **Nouveau cas de tuberculose généralisée chez un enfant, avec cavernes biliaires,** par M. L. Danel, interne des hôpitaux *(sera publiée).*

4° **M. L. Danel, interne des hôpitaux, présente un appendice cœcal** de 11 cm 1/2 trouvé chez une petite fille de cinq ans, morte de pneumonie chronique (période de carnisation).

Cet appendice d'une longueur inusitée remontait longitudinalement derrière le cœcum. Il atteignait l'extrémité inférieure du rein correspondant, au voisinage du coude du côlon et était

pourvu d'un méso bien développé. Le cœcum lui-même très mobile pouvait être amené facilement dans la fosse iliaque droite.

Un développement et une disposition semblables ne peuvent que favoriser les lésions de l'appendice cœcal et rendre le diagnostic de ces lésions plus difficile à établir.

Séance du 21 décembre 1898. — Présidence de M. Duret, président.

La société se réunit en comité secret pour délibérer sur une proposition de radiation déposée par six membres.

Après discussion, *une suspension de trois mois* est prononcée contre MM. Salmon et Douvrin, attachés à l'Institut orthopédique de Lambersart.

REVUE DE LA PRESSE

par le Dr G. Lemière

La rhinite gonococcique chez l'enfant, par H. de Stella, *Belgique médicale,* 26 janvier 1899,

A priori, l'idée d'une infection nasale par le gonocoque, pendant le passage de l'enfant dans le vagin maternel, est rationnelle et on ne comprendrait pas comment le nez échapperait à cette infection alors que l'œil est si souvent atteint, à moins de supposer que la muqueuse nasale offre une très grande résistance à l'infection. Or le grand nombre des coryzas infectieux démontre que cette résistance n'existe pas plus que pour la conjonctive.

Cependant les auteurs ont rarement signalé jusqu'à présent la possibilité de cette rhinite gonococcique.

Moldenhauer croit que l'infection de la muqueuse nasale par des microbes pathogénes est plutôt une conception théorique. Cependant on connait un grand nombre de rhinites infectieuses et, pour ne citer qu'une des plus connues, on note très souvent la diphtérie nasale. De plus Stork et Schech relatent des cas avérés de blennorrhagie nasale chez l'adulte.

Cependant on peut observer des cas de rhinite gonococcique congénitale. Dans certains cas l'infection se fait directement pendant le passage de l'enfant à travers les voies génitales, d'autres fois même la rhinite peut être secondaire et la conséquence d'une ophtalmie purulente des nouveau-nés.

L'auteur, en observant dans le service de Eeman, a vu que la rhinite purulente aiguë blennorrhagique n'est guère moins fréquente que l'ophtalmie purulente de même nature.

Remarquant combien les rhinites purulentes sont fréquentes dans la première enfance, il fit un examen bactériologique systématique et, sur quinze cas de cette affection, il a pu trouver dans le pus neuf fois le gonocoque avec tous ses caractères. Le microbe se décolorait sous l'action du réactif de Gram, il se présentait sous la forme d'un diplocoque dont les cocci se correspondent par une surface légèrement applatie. Les coques sont soit à l'état de liberté, soit à la surface des cellules épithéliales, soit inclus dans les cellules de pus. Toujours, cependant, le gonocoque était associé à un autre microbe (staphylocoque ou streptocoque).

Le plus souvent la mère avait un écoulement suspect ou encore la rhinite était accompagnée d'une ophtalmie.

Dans les cas de ce genre, la maladie ne se manifeste pas par un écoulement abondant mais l'obstruction nasale est complète et constante.

Cette obstruction des fosses nasales empêche la respiration par le nez et par suite elle est un obstacle à la tétée normale, elle force l'enfant à respirer par la bouche et l'air qui arrive ainsi au poumon est plus froid et toujours plus chargé de poussières bacillifères ce qui rend plus fréquentes les affections des voies respiratoires. De plus la présence du gonocoque augmente la réceptivité de la muqueuse nasale pour les autres microbes pathogènes qui, une fois installés là, causeront assez facilement et à la première occasion des infections descendantes des voies respiratoires.

Parfois aussi l'auteur a vu une otite moyenne de même nature succéder à l'infection gonococcique du nez.

Le pronostic pour n'être pas aussi sévère que dans l'ophtalmie n'en a pas moins une certaine gravité, car la bronchite et la

bronchopneumonie seraient plus fréquentes chez les enfants ainsi atteints.

Le traitement est facile à condition que l'attention soit éveillée à temps.

Il vaudra toujours mieux faire de la prophylaxie et par suite dès que l'on soupçonnera la mère d'écoulement suspect on pourra prendre pour le nez les mêmes précautions que pour les yeux.

L'auteur recommande surtout, dans le but prophylactique, l'instillation de quelques gouttes d'une solution de sublimé au 1/2000e ou de protargol à 1 pour 80.

Dans un but thérapeutique on peut employer, comme Lermoyez, des lavages abondants des fosses nasales à l'eau bouillie pure, puis l'insufflation dans chaque narine d'une petite quantité de la poudre suivante :

Nitrate d'argent fondu pulvérisé	0 gr. 20
Talc.....	10 gr. »

De Stella recommande le badigeonnage quotidien des fosses nasales avec un pinceau d'ouate imbibé d'une solution de protargol au 1/50e et même au 1/10e si l'infection est virulente. Puis on introduit trois fois par jour dans le nez de l'enfant la pommade suivante :

Vaseline.....	15 gr.
Acide borique.....	1 » 50
Menthol.....	0 » 15

VARIÉTÉ

Syndicat médical de Lille et de la région.

Le banquet annuel du Syndicat a eu lieu le samedi 14 janvier. Une quarantaine de convives avaient répondu à l'appel de la commission organisatrice et nous n'avons pas besoin de dire que la plus franche gaîté et la plus cordiale intimité n'a cessé de régner.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur donnant la chanson de circonstance composée par le Dr Delassus.